

---

VIRGÍNIA FERREIRA  
Faculdade de Economia da Universidade  
de Coimbra.  
Membro do Centro de Estudos Sociais  
J. BERNARDO DE LEMOS  
Sociólogo. Departamento de Estudos  
e Planeamento da Saúde

---

## A SAÚDE DOS NÚMEROS — ANÁLISE DOS INQUÉRITOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

---

115

*A descrição dos sistemas de informação sobre saúde existentes em Portugal e a análise das suas limitações para o estudo da saúde de uma população (representatividade reduzida e objectivos meramente administrativos) são o ponto de partida do artigo. Em seguida, os autores centram a sua atenção no Inquérito Nacional de Saúde, actualmente em curso no nosso país, procurando questionar o modo como os princípios a ele subjacentes e as opções metodológicas tomadas (nomeadamente as respeitantes à situação de entrevista) determinam o perfil da informação recolhida.*

**E**M Portugal a insuficiência estatística na área da saúde — como nos restantes domínios — tem sido motivo de reclamação por quem, de alguma forma, tem responsabilidades em investigação e planeamento.

O interesse pelo estudo da ocorrência de situações de doença nas comunidades humanas inseridas num determinado meio físico-social veio, por seu turno, alargar significativamente as necessidades de informação de todos os que se preocupam com as questões da saúde. Esta necessidade de informação, dada a sua importância em qualquer das abordagens possíveis da saúde, aumentou tanto quantitativa quanto qualitativamente. Basta que nos centremos no caso do estudo epidemiológico clássico, cuja procura do conhecimento de situações de risco em meios ambientais determinados supõe a criação de um grupo de controlo e de um grupo experimental. Para tal, a caracterização de base dos grupos é essencial. *A contagem das mortes, segundo as causas* — indicador tradicional do nível de saúde de uma população consonante com a tradição clínica que estuda as doenças em cadáveres — torna-se insuficiente, face à crescente complexidade da investigação. Os objectivos últimos da epidemiologia, todavia, não sofreram alterações: prevenir situações de incapacidade, doença e morte (Ajuntamento de Barcelona, 1984; NCHS, 1980).

**Sistemas  
administrati-  
vos de  
informação**

116

As estatísticas de saúde existentes em Portugal referem-se a um variado conjunto de realidades que têm como origem SISTEMAS ADMINISTRATIVOS DE INFORMAÇÃO, cuja importância não contestamos, mas cujas limitações são facilmente identificadas. Estas referem-se à *representatividade* e *pertinência dos critérios* que presidem à construção da informação. Se é certo que alguns desses sistemas se aproximam da realidade de determinados fenómenos com representatividade para o universo populacional, outros têm a sua leitura reduzida a grupos restritos, o que os torna não extrapoláveis nem comparáveis.

No primeiro grupo, relativamente ao qual não se levanta o problema da falta de representatividade, incluem-se os sistemas de informação sobre a *Mortalidade, Doenças Contagiosas de Notificação Obrigatória e Doenças Profissionais* (Estatísticas de Saúde do INE). Para estudos de morbilidade ou de caracterização/diagnóstico do estado de saúde de uma população, as limitações destes sistemas, por falta de pertinência dos critérios de delimitação da doença, são evidentes.

No segundo grupo, incluem-se as informações recolhidas através dos *serviços de saúde*, com origem *administrativa* ou *clínica*, referentes a aspectos determinados dos utilizadores destes serviços. O sistema está generalizado sobretudo aos serviços estatais, a que correspondem graus de cobertura variáveis face à diferenciação dos cuidados de saúde. Os dados sobre os *Estabelecimentos de Saúde* (Estatísticas do INE — equipamento, pessoal, movimentação de doentes, taxas de ocupação, etc.) são um exemplo deste grupo. A sua vocação é, sobretudo, para servir de base a uma análise das instituições de saúde e os critérios utilizados decorrem das lógicas próprias do funcionamento destas, sem pertinência, portanto, para outros fins.

O sistema é, assim, de âmbito limitado — não só é mal conhecido o peso dos serviços estatais/não estatais na prestação de cuidados, como é indiscutível a importância do número das pessoas que, não recorrendo aos serviços, fica fora do alcance destes sistemas. Com efeito, se no primeiro grupo, os sistemas se caracterizam pela sua universalidade, mas também pela insuficiência de informação pertinente para o estudo da saúde/doença, no segundo grupo as debilidades relevam, para além também da impertinência dos critérios, da sua falta de representatividade.

**Os inquéritos  
de saúde**

Os *INQUÉRITOS DE SAÚDE* surgem, neste quadro, como técnica de recolha de informação com possibilidades de aplicação, eventualmente, muito vastas. As suas potencialidades residem, nomeadamente, na análise da procura, manifesta ou

não, dos serviços de saúde de uma população. Ilustremos melhor estes aspectos.

A análise da procura e das necessidades de cuidados de saúde não manifestadas implica que o estudo das populações recorra a amostras representativas cujo âmbito inclua, não só os *clientes*, como os *grupos marginais ao sistema*.

O conhecimento de práticas de auto-medicação; o recurso a saberes não institucionalizados, aos quais são atribuídas «curas» (feiticeiros, curandeiros, endireitas, etc.), e influências da divulgação médica são domínios relativamente aos quais só através de *estudos directos*, e exteriores ao sistema oficial de prestação de cuidados, é possível recolher informação. O mesmo se aplica também à avaliação dos serviços — o estudo da sua imagem, o grau de satisfação atingido na utilização, a competência e a eficácia que lhes é reconhecida e a adesão dos clientes às terapêuticas são alguns dos aspectos cuja aproximação só pode ser feita de maneira directa e extra-institucional. Os *inquéritos de saúde* constituem uma das técnicas cuja vocação lhes confere uma grande adequação a estes objectivos.

Não se pense, no entanto, que pretendemos fazer a apologia ilimitada do inquérito, «ovo de colombo» para as insuficiências dos sistemas informativos estabelecidos. Trata-se, na verdade, de sistemas diferenciados e complementares. Se o inquérito, para alguns (Cartwright, 1983), é parte integrante do aprofundamento do processo democrático das sociedades modernas, para outros ele é apontado como o «avalizador científico» dessa mesma sociedade e das suas instituições, na medida em que, como teremos oportunidade de especificar adiante, a informação que recolhem joga com as regras da visibilidade oficial dos sujeitos sociais.

Centremos agora a nossa atenção no INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE (INS), lançado este ano, pela primeira vez no nosso país, pelo Ministério da Saúde<sup>(1)</sup>. Começemos por uma breve análise dos princípios essenciais que o estruturam e que vão enformar toda a informação que ele vier a fornecer.

Não é suficiente afirmar a representatividade do inquérito para a população do Continente. Para que a sua importância ressalte importa analisar, conjuntamente, a definição da

### **O inquérito nacional de saúde**

(1) O INS decorre, de facto, pela primeira vez a nível nacional. Desde 1983, no entanto, o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde tem realizado continuamente um inquérito de saúde na Área Metropolitana de Lisboa. Em Janeiro de 1987 procedeu-se à sua expansão para o conjunto do território do Continente, utilizando uma amostra do Instituto Nacional de Estatística representativa do total da população, e respectiva repartição regional, que compreende cerca de 16 000 Unidades de Alojamento.

população nele inquerida. Sendo a unidade amostral constituída pelas Unidades de Alojamento (UA), seleccionadas ao acaso, põe-se a questão de saber, dentre as pessoas aí encontradas, quais deverão ser inquiridas. Para isso, recorre-se em primeiro lugar ao conceito de *residência*. Serão inquiridas as pessoas residentes nas UA, que são todas, sem excluir os estrangeiros, as que aí *pernoitem* durante a maior parte do ano em que o inquérito decorre.

Já por esta questão nós verificamos que toda a filosofia de base do INS é a classificação da população em função das *situações de facto* e não das classificações jurídico-administrativas. A aplicação, ao mesmo campo da realidade, de lógicas classificativas diferentes não deixa de ser conflitual. Um mesmo indivíduo pode, nestes termos, ser diferentemente classificado segundo as regras do INS e as administrativas. O estado civil e a condição dos indivíduos face ao trabalho são disso dois exemplos: a situação de casado pode, no INS, ser aplicada ao divorciado que coabita regularmente com outra pessoa; ao contrário, o casado que pernoita mais vezes fora da residência conjugal é classificado como solteiro; quem recebe uma reforma de velhice mas exerce uma actividade, remunerada ou não, é classificado como activo; a mulher que se dedica às tarefas domésticas e que, simultaneamente, produz empadas para o mercado ou trabalha na terra é também uma activa, etc. (DEPS, 1986).

Em resultado da aplicação deste critério, completamente oposto ao que enforma a generalidade das estatísticas nacionais disponíveis, se é verdade que torna difícil as comparações, em particular no que respeita às chamadas variáveis clássicas, pode, no entanto, vir a fornecer de dados mais refinados sociologicamente que nos devolverão uma imagem mais próxima das condições materiais de existência da população inquirida.

A informação do INS refere-se a um vasto conjunto de indicadores que vão desde hábitos considerados, pelos médicos, nefastos para a saúde, como o consumo do álcool e do tabaco, à situação profissional e da incapacidade produtiva/social dos indivíduos<sup>(2)</sup>. A preocupação em captar práticas

---

<sup>(2)</sup> A elaboração do questionário do INS contou com o apoio do National Center for Health Statistics, do Department of Health and Human Services dos Estados Unidos da América, e foram consultados para o efeito os potenciais utilizadores nacionais da informação (Organismos do Ministério da Saúde, Universidades, Associações, etc.). O questionário, depois de sujeito à apreciação de técnicos reconhecidos nos diversos domínios, foi testado em grupos de população seleccionados.

Na sequência deste processo, definiram-se as seguintes áreas: 1 — Composição das Famílias e Identificação dos Residentes nas Unidades de Alojamento (Idade, Estado Civil, Grau de Instrução, Emigração); 2 — Doenças Crónicas (Tensão alta, Diabetes, Epilepsia e Doenças de Nervos); 3 — Situa-

efectivas, e não virtuais, leva a que toda a informação seja recolhida *retrospectivamente*. Ora, as falhas de memória (reais ou fictícias, embora aqui apenas as primeiras nos interessem) são um forte obstáculo à obtenção de altos níveis de rigor nas respostas. Para obviar esta dificuldade inerente aos inquéritos de características retrospectivas, na entrevista, são utilizados períodos curtos de referência, embora diferenciados consoante as áreas em causa, listas de doenças e calendários. Tem-se mostrado, mesmo assim, ser extremamente difícil ultrapassar este aspecto e verifica-se que, numa pergunta aparentemente tão simples como a quantas consultas foi durante os últimos três meses, existem grandes desconincidências entre as respostas dadas ao entrevistador e as dadas, em geral três semanas mais tarde, ao supervisor na reinquirição<sup>(3)</sup>.

Uma outra característica do INS é o facto de os dados se referirem a *situações vividas e percebidas* pelas pessoas e que remetem para *desadaptações psico-sociais*. É preciso, por isso, ter em conta que muitas disfunções orgânicas não são relatadas, pois, ou não correspondem a sintomas identificados ou, no caso de o serem, a sua verbalização é por qualquer razão objecto de censura (auto-censura, tensão existente na dinâmica da entrevista por culpa do entrevistador que cria ambientes pouco propícios, etc.).

No momento da análise dos resultados apurados pelo INS, é de extrema importância dar atenção a cada um dos aspectos aqui referidos (conceito básico de população residente, situação de facto como critério de classificação da população, carácter retrospectivo das informações prestadas e natureza reflexiva do diagnóstico de saúde feito por cada inquirido), pois, a interpretação que vier a ser feita tem que forçosamente caber dentro do quadro de referência traçado por eles. Para além disso, refira-se que também assume particular relevância o estudo da própria *situação de entrevista*, na qual surgem normalmente as maiores determinantes da informação, quer seja através do desconhecimento preciso dos objectivos de cada pergunta do questionário ou da inca-

---

ção Profissional (Profissão, Situação na Profissão, Condições e Local de Trabalho, Actividades Secundárias); 4 — Incapacidade Física em termos produtivos e sociais; 5 — Procura de Cuidados de Saúde (auto-medicação, consulta de curandeiros, etc.); 6 — Procura de Cuidados Médicos (consultas, opiniões, exames complementares de diagnóstico, etc.); 7 — Rendimentos e Despesas com a Saúde; 8 — Dependência da população maior de 64 anos; 9 — Consumo de tabaco; 10 — Consumo de bebidas; 11 — Saúde Infantil da população menor de 6 anos; 12 — Planeamento Familiar (conhecimento e utilização de métodos anti-conceptivos); 13 — Doenças Agudas (Papeira, Hepatite, Sarampo e Varicela).

<sup>(3)</sup> Note-se que o mesmo período que serve de referência na entrevista se mantém na reinquirição.

pacidade para gerir a relação, por parte do entrevistador, quer ainda, das condições gerais de interacção face-a-face.

Como se costuma dizer do aroma do perfume — que só pode ser apreciado sobre a pele — também nós podemos afirmar que os dados fornecidos por um inquérito só podem ser apreciados quando confrontados com o contexto da sua produção. Vejamos, então, um pouco mais em pormenor o outro elemento fundamental da contextualização dos dados — a *situação de entrevista*.

120

### **A situação de entrevista no INS**

Um dos elementos fundamentais a ter em conta quando recorremos a qualquer informação é, pois, o conhecimento das condições em que ela foi obtida. É, deste modo, indispensável conhecer os *marcos* accionados pelos intervenientes («frames», em linguagem goffmaniana) na definição da situação de interacção face-a-face. Esta situação é própria do questionário de administração *indirecta*, como é o caso do INS. A administração indirecta de um questionário é um tipo particular de interacção face-a-face, no qual um entrevistador vai anotando as respostas dadas às perguntas que ele próprio formulou. Submeter todos os entrevistados ao mesmo protocolo de observação é importante para garantir a maior homogeneidade possível da informação.

É aqui que surgem as dificuldades, pois, certos aspectos inerentes à interacção tornam toda a entrevista num acto singular e irreprodutível. Em primeiro lugar, é impossível controlar certos aspectos da comunicação como a *paralinguagem* (ritmos e tonalidades vocais, intensidade, hesitações, silêncios) e a *linguagem cinética* (olhares, movimentos, postura corporal, gestos) (Phillips, 1973: cap. 4.). Em segundo lugar, aquela irreprodutibilidade da entrevista advém-lhe do *carácter reflexivo do Eu*, pelo qual cada sujeito social reflecte sobre a sua própria acção, e a dos outros, de modo a poder delinear a estrategicamente. Isto quer dizer que, em cada situação, os indivíduos procuram descobrir-lhe o *sentido* de forma a esboçar o comportamento mais adequado, identificar-lhe os *marcos* que a distinguem de outras realidades sociais conhecidas e qualificar os outros intervenientes segundo o papel, as expectativas, as motivações e os valores de que serão portadores naquele *momento*. Em suma, cada sujeito tentará manipular a sua imagem aos olhos dos outros (Goffman, 1959 e 1978).

A consequência destes fenómenos é não podermos hipostasiar um *Eu* essencial, abstracto e independente do complexo feixe de relações que constitui o pano de fundo da sua apresentação. Nesse sentido, o *Eu* é sempre relacional e

não é separável do *papel* concreto assumido em cada situação pelos sujeitos sociais.

Os elementos fundamentais de toda a interacção face-a-face são, pois, dois *Eus* reflexivos, duas trajectórias pessoais que fixaram o reportório de cada um e dois papéis especialmente ensaiados para a ocasião.

Verificamos, no entanto, que existe um diferencial entre as capacidades dos actores para manipularem o seu estatuto. Este diferencial é ditado pelas diferentes trajectórias pessoais numa estrutura social geradora de discriminações e de desigualdades de acesso ao desenvolvimento das aptidões individuais. É por isso que Bourdieu pode afirmar que, em toda a interacção, a estrutura social está sempre presente (Bourdieu, 1982) ou que Foucault pode dizer que existe uma forma de poder que é intersticial e omnipresente em todas as relações interpessoais (Foucault, 1976), poder a que Boaventura de Sousa Santos se refere também como um poder caótico, operante ao nível micro e emergente da multiplicidade das relações sociais sempre que estas assentam na desigualdade (Santos, 1979). Ora, num inquérito administrado na Unidade de Alojamento dos inquiridos, como o é o INS, é possível dizer que, à partida, a «correlação de forças» é favorável à pessoa inquirida, uma vez que esta pode sempre recusar sujeitar-se ao interrogatório que lhe é proposto, e não imposto, ou então interrompê-lo sempre que assim o decida. Mas só teoricamente é possível fazer tal afirmação, pois tudo dependerá da forma como decorreu o jogo de interacção entre entrevistador e entrevistado. Dependerá especificamente das posições sociais de partida dos intervenientes: assim, por um lado, se a pessoa inquirida se julga numa posição de inferioridade social, existem maiores probabilidades de ela de *sujeitar* a responder às perguntas, que ela pode até sentir como imposições, mas contra as quais não se julga capaz de resistir; ao contrário, se se tratar de alguém que se julga em posição de superioridade social, maiores probabilidades haverá que se recuse a responder. Para além disso, dependerá igualmente das capacidades do entrevistador para negociar a sua posição e a representação que os inquiridos fazem do seu papel (agente fiscal, funcionário da Assistência Social, interveniente nas políticas ou no funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, etc.).

Uma vez empenhados na tarefa de preencher o questionário, e estabelecido o acordo tácito de que há que desempenhá-la o mais eficientemente possível, será sempre a pessoa que o domina, ou seja o entrevistador, quem tem a legitimidade para interpelar a outra, portanto, para gerir o direito do exercício da palavra, quem impõe a estruturação dos proble-

mas que devem ser abordados, e os termos da sua abordagem, etc. (Ferreira, 1986).

Tendo em conta estas observações, pode dizer-se que a grande maioria dos cientistas sociais está hoje consciente dos fenómenos referidos e habituada a não identificar o carácter contingente da informação resultante de qualquer interacção face-a-face como distorcivo. Mas, então, importa conhecer a situação de interacção concreta que deu origem à construção da informação, pelo menos nas suas linhas mais gerais. Para cada inquérito devemos conhecer o perfil dos entrevistadores, as referências institucionais que marcam as expectativas relativamente ao significado da entrevista e o ambiente relacional em que esta decorre.

Hoje chegou uma carta do Ministério da Saúde!

É provável que seja com este anúncio feito por qualquer pessoa da casa que uma família entra pela primeira vez em contacto com o INS. Começa aí o trabalho de «definição da situação» por parte dos entrevistados<sup>(4)</sup>.

Esta carta constitui o marco referencial fundamental para a primeira atribuição de sentido àquela experiência, completamente incomum e estranha à interacção quotidiana, que é «receber um enviado do MS», «para tomar conhecimento de como está a saúde dos portugueses e o que fazem para a conservar». Esta enunciação de objectivos origina tentativas de fuga às respostas, expressas em exclamações do género «quando estamos doentes vamos ao médico, ele depois é que sabe». Perante explicações suplementares do entrevistador que afirma que «as pessoas nem sempre vão ao médico e nestes casos o Ministério não dispõe de qualquer fonte de informação a não ser perguntando directamente» e que «interessa também conhecer a opinião quanto aos serviços de saúde do Estado», as pessoas reagem genericamente reafirmando o seu recurso aos médicos e quanto ao que acham dos serviços de saúde respondendo — «olhe, é melhor a gente nem falar disso».

Estes actos linguísticos revelam que o entrevistado está desde logo a «meter-se» dentro do papel que o INS pressu-

---

(4) Uma outra hipótese é que, anteriormente, em conversa com os vizinhos, tenham ouvido falar do INS e já «saibam» do que é que se trata, o que é que é perguntado, etc. Ou seja, que antes mesmo da chegada da carta já os entrevistados tenham uma representação do INS mediatizada pela experiência de outras pessoas. Não vamos, contudo, por economia de exposição, tomar essa situação em conta que, como é sabido, pode ter consequências positivas (maior receptividade — «no final oferecem um livro com óptimas receitas») ou negativas (recusa — «estiveram lá em casa mais de uma hora a perguntar tudo, quanto ganhávamos, quanto deixávamos de ganhar e eu sei lá»).

põe, ao ser patrocinado pelo Ministério da Saúde. Isto é, entra no jogo já no papel de *cliente* dos Serviços de Saúde do Estado. E, inversamente, atribuem ao entrevistador o papel complementar do seu, o de *funcionário* dos Serviços de Saúde do Estado. Ora, o facto de serem estes os papéis que são chamados para presidir a esta interacção implica um mundo de consequências que pode ser traduzido alegoricamente pela ambivalência inerente à figura do pai salvador e perseguidor. É a instituição que nos premeia com um bom tratamento e a restauração do nosso estado de saúde se formos obedientes e convenientes e é ela que, de igual modo, nos castiga com um mau tratamento e a manutenção do nosso estado de doença. Por isso, quanto maior for a nossa independência relativamente às instituições maiores possibilidades temos de exercer livremente a sua crítica. Ao contrário, quanto maior a dependência maior será também a submissão resignada e fatalística.

123

Na sua opinião...

As respostas obtidas às perguntas de opinião do INS têm, pois, que ser lidas dentro destes parâmetros. Assim, quando se pergunta se estão «muito, razoavelmente, pouco ou nada satisfeitas com os serviços prestados nos centros de saúde e nos hospitais», geralmente as pessoas contam a sua história: «Tive que ir para lá às 5 da madrugada, estava a chover, e tinha um princípio de pneumonia e eles não abrem senão às 8! Mas doutro modo, não conseguia consulta! E aquelas funcionárias! Até parece que vamos incomodá-las nas casas delas! (Então o Sr. acha que isto está certo?) Mas o Senhor Doutor que me atendeu, o Dr. ... (o Senhor conhece-o?) é muito atencioso...». Todo o discurso parece, de facto, apontar para um «pouco ou nada satisfeita», mas quando o entrevistador recorda que só pode assinalar uma das quatro hipóteses — muito, razoavelmente, pouco ou nada — recebe geralmente a resposta resignada «ponha lá muito satisfeita», ou, quanto muito, «razoavelmente satisfeita». Assim, os inquiridos quando confrontados com a imposição de assumir opiniões pública e oficialmente tendem a ditá-las pelo receio do castigo. «O entrevistador é funcionário da saúde, do Estado — pensam — e se ele vai contar no Centro de Saúde que eu disse mal do seu funcionamento?» É claro que dentro das estruturas de saúde são os funcionários, os mais próximos do utente, em termos de estatuto, a categoria mais criticada. O médico, mais distante porque detentor de maior poder, é geralmente poupado e as respostas à pergunta sobre o grau de confiança que nele depositam são, geralmente, monossilábicas, decididas e elogiosas.

Obrigar as pessoas a traduzir as suas opiniões num dos advérbios de modo propostos é crucial na aplicação destas perguntas de opinião fechadas. Não obrigar as pessoas a esse posicionamento levaria a ficarmos sujeitos às contingências da interpretação do entrevistador que consoante «os dias», ou os entrevistados, codificaria histórias semelhantes de modos diferentes. É claro que esta estratégia não anula a influência do entrevistador mas limita-a à inevitavelmente imposta pela pessoa do entrevistador em si mesma. Se, por outro lado, deixássemos as perguntas em aberto, para além de isso elevar substancialmente os custos de recolha, não poderíamos escapar à filtragem feita pelos analisadores do conteúdo das respostas dadas. Em todo o caso, pensamos que esta opção produziria uma informação mais liberta, institucionalmente, e mais próxima das reais opiniões da população, e que minimizaria os riscos de, futuramente, os responsáveis pelas políticas de saúde virem a usar os dados isoladamente do seu contexto de produção e a retirar desta utilização créditos políticos claramente abusivos.

Todos os entrevistadores têm o 11.º ano de escolaridade ou um curso superior, licenciatura ou não, (na unidade de campo da Região Centro, por exemplo, há 5 com o 11.º ano, 4 com um Diploma do Ensino Superior, 4 com Licenciatura e 3 que estão a terminar a sua Licenciatura) e as profissões que a maioria deles exerce são privilegiadas do ponto de vista da enunciação discursiva — professor do ensino secundário, assistente social e empregado bancário<sup>(5)</sup>. Estas duas características bastam para os colocar a grande distância social da maioria da população portuguesa que, regra geral, não tem mesmo qualquer instrução formal ou não tem mais do que o Ensino Primário (segundo o Recenseamento Geral da População de 1981, 72,6% dos homens e 77,2% das mulheres incluem-se numa destas duas categorias). Em consequência, a representação que deles fazem os entrevistados está muito mais dentro do campo semântico institucional e, portanto, muito mais distantes do seu próprio. Daí que a sua moderação

<sup>(5)</sup> Atentando na distribuição destas características, não deixa de ser interessante notar que são os entrevistadores que residem e operam nas áreas do interior da Região Centro, as mais pobres portanto, aqueles que têm níveis de instrução mais elevados. Além disso, são predominantemente do sexo masculino. Estas duas observações chamam a nossa atenção, por um lado, para a escassez existente nessas áreas de oportunidades de trabalhos em *part-time*, próprios de dinâmicas económicas mais vivas, o que dá origem a que pessoas mais qualificadas aceitem trabalhos menos compatíveis e que sejam os homens que mais frequentemente apareçam a realizá-los. De notar ainda, por outro lado, que esta distribuição contribui para aumentar a distância social entre entrevistados (mais pobres nas regiões pobres) e os entrevistadores (mais ricos em regiões pobres).

crítica e o seu fechamento sejam de natureza essencialmente defensiva. Encontramos nesta atitude mais uma expressão da invisibilidade social da crítica que caracteriza quase todos os sectores da sociedade portuguesa, todos eles demasiado «devedores» do Estado paternalista, isto é, salvador e castigador, que temos e vamos reproduzindo.

Quem é o chefe de família?

Esta é uma das primeiras perguntas que o entrevistador do INS dirige aos residentes numa Unidade de Alojamento. Ela serve para «ordenar» as pessoas nas colunas do formulário. Com a resposta vem um dos principais elementos estruturadores da «Situação de Entrevista». O entrevistador *fará cada pergunta sucessivamente a cada um dos residentes* a começar pelo chefe de família. A situação de entrevista é, deste modo, atravessada por um feixe complexo e multidirecionado de relações de poder que é composto pela ansiedade de controlo por parte do entrevistador e entrevistados e pelo conjunto de relações intra-grupo de entrevistados, que fixa desigualdades de posição para cada um deles e que inclui o conflito entre a visibilidade familiar e a visibilidade social de cada um.

Não existem, assim, dúvidas de que as respostas que o INS vai obter umas vezes traduzirão a visibilidade social dos entrevistados (quando uma pessoa é entrevistada sózinha) e outras a familiar (quando a entrevista decorre em família). No momento da interpretação dos resultados será fundamental termos em conta o contexto da entrevista e o inquérito permite isso, minimamente, ao introduzir algumas perguntas dirigidas ao entrevistador cujas respostas nos revelarão quem respondeu a quê e na presença de quem o fez. Será, no entanto, necessário que esta preocupação passe para o plano de apuramento de resultados, especialmente naquelas áreas mais susceptíveis de registarem descoincidências entre visibilidade familiar e social.

Percorramos algumas das áreas em que este efeito pode ter maior incidência e quais os grupos mais sujeitos à sua acção. Trata-se de áreas em que sobressai o papel da família enquanto *grupo normativo*, ou seja, das áreas de maior densidade normativa e, logo, mais controladas, porque exactamente são aquelas em que qualquer desvio pode degenerar em patologia (doença física ou social).

É assim que não podemos esperar que os homens respondam exactamente aquilo que pensam que ingerem de bebidas alcoólicas em frente da família que sempre o pressionou no sentido de evitar a bebida e poupar o dinheiro que

nela gasta; que não podemos esperar que os adolescentes que fumam às escondidas nos tracem o seu quadro de consumo tabagístico em frente da família; que as mulheres nos digam quais os contraceptivos que usam, se tomam a pílula sem ninguém saber ou, ainda, que os idosos nos contem as suas dificuldades e incontinências físicas se sempre as esconderam na tentativa de não expôr o seu grau de degradação física aos olhos daqueles que quotidianamente lhe lembram que eles «já não são o que eram». Talvez estas práticas e comportamentos pudessem fazer parte da visibilidade social, mas são interditas no espaço da família. A prová-lo está o facto de os jovens, para quem a família ocupa um lugar de conflito, divididos que estão muitas vezes entre tomá-la como grupo normativo ou como comparativo (desejo de se demarcarem) chegarem a seguir o entrevistado até à rua para, a sós, corrigirem as respostas dadas anteriormente.

Para além deste aspecto, há ainda que considerar o efeito de *indução* que as respostas do «chefe de família» exerce sobre as respostas dos restantes membros. Este efeito faz-se sentir especialmente nas perguntas de opinião relativas a aspectos gerais (idade mínima para consumir álcool, por exemplo), já que quando se trata de centrar a opinião em experiências vividas (contactos com estabelecimentos de saúde, por exemplo) evidencia-se o papel da mulher enquanto actualizadora da memória familiar no que respeita a histórias de doença, o que muitas vezes obriga o «chefe de família» a reposicionar-se na escala opinativa.

Todas estas contingências não significam, como já sublinhámos, distorções. Se outras opções tivessem sido tomadas, outra seria a situação de entrevista e, então, outra seria a informação obtida, também ela inextricável do contexto em que tinha sido produzida. Se as pessoas fossem inquiridas isoladamente não poderíamos contar com o controlo que cada membro de uma Unidade de Alojamento exerce sobre as outras e do qual resulta geralmente uma maior fidedignidade da informação prestada. Será o caso, por exemplo, do homem que responde que não bebe álcool entre as refeições e a família em coro protesta, denunciando o tempo que ele passa no café desde que sai do trabalho até à hora em que se apresenta em casa para jantar, ou, ainda, de alguém que diz que não foi a nenhuma consulta médica nos últimos três meses e a família lhe lembra a que teve há cerca de dois meses. Cada situação tem as suas especificidades que se plasmam na especificidade da informação produzida.

#### **Nota final**

Quanto aos inquéritos de saúde, interessa ressaltar, sobretudo, a sua maior potencialidade traduzida na capaci-

dade de fornecer informação não directamente mediatizada pelas instituições de saúde. Desde que, evidentemente, os próprios entrevistadores não se apresentem como profissionais de saúde ou na medida em que os inquiridos não os identifiquem como tal (Lemos, 1984).

Por fim, não queremos deixar de chamar a atenção para a necessidade de levar a cabo estudos metodológicos aprofundados com vista ao aperfeiçoamento da aplicação da técnica de inquérito às questões da saúde. Referimo-nos, concretamente, a experiências que testem a sensibilidade e a fiabilidade da técnica para captar as informações procuradas. Por exemplo, identificar em ficheiros hospitalares os nomes de pessoas consultadas, e as patologias apresentadas, durante um certo período e depois ir a sua casa perguntar-lhes (entre outras questões) se tiveram alguma consulta médica naquele período e qual o motivo que a determinara, etc.

Das observações que fizemos sobre os sistemas de informação em Portugal sobre a saúde ressalta, em primeiro lugar, a necessidade destes se complementarem reciprocamente. Não no sentido de uns superarem as deficiências dos outros, mas dos resultados fornecidos por cada um não serem hipostasiados e necessitarem de ser analisados do ponto de vista do confronto com resultados produzidos por outros. Cada sistema formula os seus objectivos e dessa formulação decorrem as suas limitações próprias. Este é um processo inelutável e, nessa medida, inerente a todos eles.

Há, portanto, que ter sempre a preocupação em explicitar os objectivos e os princípios filosóficos que enformam as opções técnico-metodológicas tomadas em cada processo de construção de dados estatísticos. Em suma, é necessário antes de utilizar os números (da saúde) avaliar as normas para identificar as patologias que comportam. ■

Virgínia Ferreira  
J. Bernardo de Lemos

### Referências Bibliográficas

- 128
- |  |      |   |
|--|------|---|
| Ajutamento de Barcelona                        | 1984 | <i>Gaseta Sanitaria de Barcelona</i> 17, Set./Out.  |
| Bourdieu, Pierre                               | 1982 | <i>Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques</i> , Paris, Fayard.  |
| Cartwright, Ann                                | 1983 | <i>Health Surveys in Practice and in Potencial. A critical review of their scope and methods</i> , Londres, King Edward's Hospital Fund for London.   |
| Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde | 1986 | <i>INS-Q87-Manual de Entrevistador</i> , Lisboa, DEPS.  |
| Ferreira, Virgínia                             | 1986 | «O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos» in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.) <i>Metodologia das Ciências Sociais</i> , Porto, Afrontamento, 165-195. |
| Foucault, Michel                               | 1976 | <i>Histoire de la sexualité. La volonté de Savoir</i> , Paris, Gallimard.   |
| Goffman, Erving                                | 1959 | <i>The presentation of self in everyday life</i> , Nova Iorque, Anchor Book.  |
| Goffman, Erving                                | 1978 | <i>Estigma</i> , Rio de Janeiro, Zahar (ed. original Norte-Americana — 1964).   |
| Lemos, J. Bernardo de                          | 1984 | <i>A Seleção e Formação de Entrevistadores do Inquérito Nacional de Saúde</i> , Lisboa, DEPS, Série M do INS.   |
| National Center of Health Statistics           | 1980 | <i>Environment Health</i> , Washington D.C., NCHS   |
| Santos, Boaventura de Sousa                    | 1979 | «O Discurso e o Poder», <i>Boletim da Faculdade de Direito de Coimbra</i> — «Estudos em Homenagem ao Professor Doutor José Joaquim Teixeira Ribeiro».   |